

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Eu, \_\_\_\_\_, inscrito (a) no CPF nº \_\_\_\_\_, portador (a) RG n.º \_\_\_\_\_, candidato (a) à uma vaga no Programa de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde \_\_\_\_\_, declaro, para efeito de solicitação de concessão de isenção de pagamento da taxa de inscrição do Processo Seletivo supracitado, que apresento condição de Hipossuficiência Financeira e que atendo ao estabelecido no Edital, em especial o item 4.8 e seus subitens.

Declaro também estar ciente de que a veracidade das informações e documentações apresentadas é de minha inteira responsabilidade, podendo a Comissão do Processo Seletivo, em caso de fraude, omissão, falsificação, declaração inidônea, ou qualquer outro tipo de irregularidade, proceder com o cancelamento da inscrição e automaticamente a eliminação do Processo Seletivo, podendo adotar medidas legais contra a minha pessoa, inclusive as de natureza criminal.

Palmas/TO, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Candidato (a)